



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Melendez		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Salazar			NOMBRES Laura					
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 22739758				SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>		PAÍS COLOMBIA		
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/>		SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.				
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO					DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA					
FECHA DÍA <input type="text" value="04"/> MES <input type="text" value="08"/> AÑO <input type="text" value="1982"/>					CALLE 93 72 71 TORRE 7 APTO 1127. VILLA CAROLINA.					
PAÍS COLOMBIA					PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO			
DEPTO ATLÁNTICO					MUNICIPIO BARRANQUILLA					
MUNICIPIO BARRANQUILLA					TELÉFONO 3004115		EMAIL lauramelendez_04@hotmail.com			

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO	MES	AÑO
										<input checked="" type="checkbox"/>	11	1999		

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD	05	2010	
PREGRADO	10	X		ODONTOLOGIA	12	2004	

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4

IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

5

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDEDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2024	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA			DEPENDENCIA CONSULTORIO ODONTOLOGICO					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDEDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	05	Año	2023	Día	30	Mes	05	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CONSULTORIO ODONTOLOGICO					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SURAMERICANA IPS SURA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	08	Mes	07	Año	2022	Día	06	Mes	09	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ODONTOLOGA			DEPENDENCIA CONSULTORIO ODONTOLOGICO					DIRECCIÓN CALLE 45 10D 38						

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SURAMERICANA IPS SURA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	28	Mes	10	Año	2021	Día	31	Mes	01
CARGO O CONTRATO ACTUAL ODONTOLOGA			DEPENDENCIA CONSULTORIO ODONTOLOGICO					DIRECCIÓN CALLE 45 10D 38				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	01	Año	2021	Día		Mes	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CONSULTORIO ODONTOLOGICO					DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	12	Año	2020	Día		Mes	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CONSULTORIO ODONTOLOGICO					DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	11	Año	2020	Día		Mes	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CONSULTORIO ODONTOLOGICO					DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS SIN DATO				
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	10	Año	2020	Día		Mes	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CONSULTORIO ODONTOLOGICO					DIRECCIÓN CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA				
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>				
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>			
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	09	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>		<i>Mes</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> CONSULTORIO ODONTOLOGICO					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA				
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>				
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>			
			<i>Día</i>	03	<i>Mes</i>	08	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>		<i>Mes</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> CONSULTORIO ODONTOLOGICO					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA				
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>				
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>			
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	07	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>		<i>Mes</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> CONSULTORIO ODONTOLOGICO					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA				
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>				
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>			
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	06	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>		<i>Mes</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> CONSULTORIO ODONTOLOGICO					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA				
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>				
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>			
			<i>Día</i>	01	<i>Mes</i>	05	<i>Año</i>	2020	<i>Día</i>		<i>Mes</i>	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> CONSULTORIO ODONTOLOGICO					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06				

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA				
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>				
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>			
			Día	01	Mes	04	Año	2020	Día		Mes	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> CONSULTORIO ODONTOLOGICO					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA				
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>				
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>			
			Día	02	Mes	03	Año	2020	Día		Mes	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> CONSULTORIO ODONTOLOGICO					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA				
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>				
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>			
			Día	01	Mes	02	Año	2020	Día		Mes	
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> CONSULTORIO ODONTOLOGICO					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> COLOMBIA				
<i>DEPARTAMENTO</i> ATLÁNTICO			<i>MUNICIPIO</i> SOLEDAD					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>				
<i>TELÉFONOS</i>			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>			
			Día	02	Mes	01	Año	2020	Día	31	Mes	01
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i>					<i>DIRECCIÓN</i> Sin dirección				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				<i>PÚBLICA</i> X		<i>PRIVADA</i>		<i>PAÍS</i> SIN DATO				
<i>DEPARTAMENTO</i>			<i>MUNICIPIO</i>					<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>				
<i>TELÉFONOS</i> 3859400			<i>FECHA DE INGRESO</i>						<i>FECHA DE RETIRO</i>			
			Día	28	Mes	09	Año	2007	Día	28	Mes	02
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i> CONTRATISTA			<i>DEPENDENCIA</i> CONSULTORIO ODONTOLOGICO					<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 40 # 33 06 CR 40 33-06				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS SIN DATO				
DEPARTAMENTO SIN DATO			MUNICIPIO SIN DATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	09	Año	2007	Día	14	Mes	02
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CONSULTORIO ODONTOLOGICO.					DIRECCIÓN Sin dirección				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD NOBADENT				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS SIN DATO				
DEPARTAMENTO SIN DATO			MUNICIPIO SIN DATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	15	Mes	02	Año	2006	Día	03	Mes	12
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CONSULTORIO ODONTOLOGICO					DIRECCIÓN CRA 55 # 72				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSITAL REGIONAL DE OCCIDENTE, CENTRO DE SALUD LA VEGA.				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS SIN DATO				
DEPARTAMENTO SIN DATO			MUNICIPIO SIN DATO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	09	Año	2005	Día	31	Mes	12
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CONSULTORIO ODONTOLOGICO					DIRECCIÓN NORTE DE SANTANDER.				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE SALAMINA - SALAMINA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO MAGDALENA			MUNICIPIO SALAMINA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	11	Mes	01	Año	2005	Día	31	Mes	07
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL			DEPENDENCIA CONSULTORIO ODONTOLOGICO					DIRECCIÓN calle 5ª No. 7-13				

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD METROPOLITANA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día:	10	Mes:	01	Año:	2008	Día:	28	Mes:	02
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD			NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN CARRERA 14A - 69 11 Hospital Materno Infantil Soledad				

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	18	4
EXPERIENCIA DOCENTE	13	1

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Barranquilla, 25 de febrero de 2025

Laura Meléndez S

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **22739758**

MELENDEZ SALAZAR
APELLIDOS

LAURA RAQUEL
NOMBRES

Laura R Meléndez S.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-AGO-1982**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 **B+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-JUN-2001 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

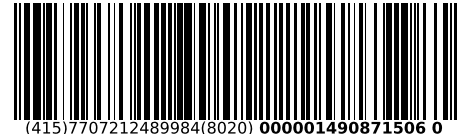


P-0300100-22096873-F-0022739758-20011219 02564 01352C 01 106369933

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

14908715060



(415)7707212489984(8020) 000001490871506 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

2 2 7 3 9 7 5 8

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

2 2 7 3 9 7 5 8

27. Fecha expedición

2 0 0 1, 0 6, 2 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Atlántico

0 8

30. Ciudad/Municipio

Barranquilla

0 0 1

31. Primer apellido

MELENDEZ

32. Segundo apellido

SALAZAR

33. Primer nombre

LAURA

34. Otros nombres

RAQUEL

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Atlántico

0 8

40. Ciudad/Municipio

Barranquilla

0 0 1

41. Dirección principal

CL 93 72 71 TO 7 AP 1127 CONJ MIRADOR DEL PARQUE

42. Correo electrónico

lauramelendez_04@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 8 6 0 3 6 0 4 4

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código 47. Fecha inicio actividad

8 6 2 2 | 2 0 0 7, 1 0, 1 9

Actividad secundaria

48. Código 49. Fecha inicio actividad

| | | | | | | | | | | | | | | |

Otras actividades

50. Código 1 2

| | | | | | | | | | | | | | | |

51. Código

| | | | | | | | | | | | | | | |

52. Número establecimientos

| | | | | | | | | | | | | | | |

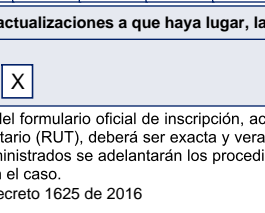
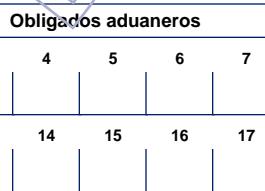
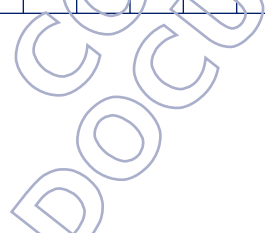
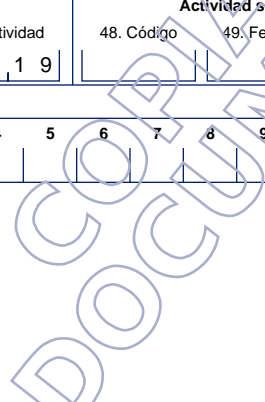
Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código

2 0

20- Obtención NIT





FUNCIÓN PÚBLICA

**FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA**1.1. DE BIENES Y RENTAS**

YO, Laura Raquel Meléndez Salazar

IDENTIFICADO CON: C.C. x C.E. T.I. N° 22.739.758 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia Departamento Atlántico Municipio Barranquilla

Dirección Calle 93 # 72-71 Torre 7 Apto 1127 Mirador del Parque Teléfonos 318-6036044

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Luis Eduardo Meléndez Berrocal	C.C. 8756085	Padre
Raquel María Salazar Verdooren	C.C. 32811709	Madre
Pablo Manuel Sierra Meléndez	R.C. 1.048.087.876	Hijo

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE**, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	28.200.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 28.200.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Davivienda	Ahorros	029700044810	CC Americano Barranquilla	

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI x NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE Alexi Javier Sierra Ropain	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. x C.E. T.I.	N° 72.244.898
---	---	------------------

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA*Laura Meléndez S*

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Barranquilla, 24 de febrero de 2025

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP


Menú

Iniciar Sesión

Registrarse

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre
Cedula de Ciudadania	22739758	LAURA
Primer Apellido	Confirme los números de la Imagen *	
MELENDEZ		
	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2024-01-03--11:49:57 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	22739758	LAURA	RAQUEL	MELENDEZ	SALAZAR	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LAURA RAQUEL MELENDEZ SALAZAR identificado(a) con CC 22739758 registra La siguiente información:

2024-01-03--11:49:57 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Odontología	2005-08-01	1527	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

Dirección:

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)

Cundinamarca, Bogotá D.C.

Código Postal: 110311

Horario de atención:

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono

conmutador:

En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2

Resto del país: 018000960020 Opción

Correo de notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

[Términos y condiciones](#)





GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS



RESOLUCIÓN No. 47 1527

" Por la cual se registra un título"

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que, **MELENDEZ SALAZAR LAURA RAQUEL**, identificada con cédula de ciudadanía N° 22.739.758 expedida en Barranquilla - Atlántico, ha solicitado el registro de su título de **ODONTOLOGO** que le otorgó **LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA**, de Barranquilla - Atlántico, según Acta de Grado No. O-61-2602-05, Anotado al Folio No 60, del libro 1/96 de fecha de 21 de Enero de 2005.

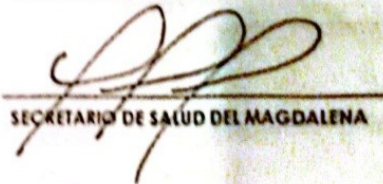
Que el citado profesional en Servicio Social Obligatorio, se desempeñó en el cargo de **ODONTÓLOGO RURAL**, en la plaza correspondiente a la **E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE SALAMINA**, de Salamina - Magdalena, durante el periodo comprendido entre 24 de Enero de 2005 hasta el 30 de Julio de 2005. Orden No 32-O plaza radicada en el libro de registro profesionales No 0014 del 2 de Enero de 1997.

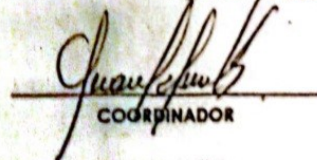
RESUELVE:

ARTÍCULO UNICO: Autorizar a, **MELENDEZ SALAZAR LAURA RAQUEL**, para ejercer la profesión como **ODONTÓLOGO**, en el territorio nacional

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 01 de Agosto de 2005


SECRETARIO DE SALUD DEL MAGDALENA


COORDINADOR

RAMON ENRIQUE DE LA CRUZ MENDEZ
MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCIÓN 2538/2014
E-MAIL: rdelacruzmenendez1@gmail.com
Barranquilla - Atlántico
Dirección: Calle 41 # 22 - 71. Celular:3006760217

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD
INGRESO

DATOS DEL PACIENTE:

Nombres y apellidos: LAURA RAQUEL MELENDEZ SALAZAR Id: CC 22739758
Fecha de nacimiento: 1982-08-04 Edad: 40 años Genero: F
Dirección: Calle 93 #72-71 - Barranquilla Telefono: 3186036044
Estatura (cms): 156 Peso (kgs): 54 Imc: 22.2 - NORMAL
Empresa: PARTICULAR
Dirección: CALLE 93 #72-71
Cargo: CONTRATISTA Fecha de realización:14-04-2023



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS:

NO SE PRACTICARON PARACLÍNICOS

CONCEPTO:

PUEDE LABORAR CON RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Control anual por optometría-,Dieta balanceada-,Estilos de vida saludables-,Fomento del autocuidado-,Higiene postural-,Pausas activas-,Posiciones ergonómicas-,Uso de epp de acuerdo al cargo

OBSERVACIONES

Continuar manejo de enfermedad común en eps y controles médicos

RESTRICCIONES LABORALES

No restricciones laborales a la fecha

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Auditivo	Cardiovascular	Ergonómico	Metabólico	Psicosocial	Respiratorio	Visual	X	Otros			
REMISIÓN	SI	NO	X	REMISIÓN EPS	SI	NO	X	REMISIÓN ARL	SI	NO	X

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra entidad.

Dr Ramón De La Cruz Mendez
Medico especialista en seguridad y salud en el trabajo.
Registro médico 01-564 minsalud.
Resolución S.O. #2538/2014 Atlántico

Trabajador: LAURA RAQUEL MELENDEZ SALAZAR
CC 22739758

Dirección: Calle 41 #22 - 71

Teléfono: 3006760217

E-mail: rdelacruzmenendez1@gmail.com

PÓLIZA N°

1010198

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2PREVISORA
SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 3 MES 4 AÑO 2024			CERTIFICADO DE RENOVACION			N° CERTIFICADO 1			CIA. PÓLIZA LÍDER N°			CERTIFICADO LÍDER N°			A.P. NO		
TOMADOR 21997188-LAURA RAQUEL MELENDEZ SALAZAR						CC 22.739.758											
DIRECCIÓN CL 93 72 71, BARRANQUILLA, ATLANTICO						TELÉFONO 3186036044											
ASEGURADO 21997188-LAURA RAQUEL MELENDEZ SALAZAR						CC 22.739.758											
DIRECCIÓN CL 93 72 71, BARRANQUILLA, ATLANTICO						TELÉFONO 3186036044											
EMITIDO EN BARRANQUILLA				CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN			VIGENCIA						NÚMERO DE DÍAS		
MONEDA Pesos						DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	DESDE AÑO	A LAS	DÍA	MES	HASTA AÑO	A LAS	
TIPO CAMBIO 1.00				3502	35	3	4	2024	26	4	2024	00:00	26	4	2025	00:00	365
CARGAR A: MELENDEZ SALAZAR, LAURA RAQUEL									FORMA DE PAGO 4. 30 DÍAS			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 50,000,000.00					

Riesgo: 1 -
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A NIVEL NACIONAL, BARRANQUILLA, ATLANTICO

Categoria: 1-R.C PROFESIONALES MEDICOS

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	50,000,000.00	NO	0.00
2	** HONORARIOS PROFESIONALES	50,000,000.00	NO	0.00
3	** PREDIOS	50,000,000.00	NO	0.00
4	COBERTURA R.C. PROFESIONALES MEDICOS	50,000,000.00	SI	80,000.00
5	*PAGO DE CAUSACIONES, FIANZAS Y COSTAS D	50,000,000.00	NO	0.00
6	*SERVICIOS PRESTADOS DENTRO DE LOS PREDI	50,000,000.00	NO	0.00

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje	Tipo Benef
TERCEROS AFECTADOS	NIT 000	100.000 %	NO APLICA

RCP-004-9 - PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV

POR SOLICITUD DEL TOMADOR SE EMITE LA PRESENTE PÓLIZA BAJO LOS SIGUIENTES TERMINOS Y CONDICIONES:

RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA INDIVIDUAL

ESPECIALIDAD: ODONTOLOGÍA

Texto Continua en Hojas de Anexos...

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

PRIMA	\$*****80,000.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$*****15,200.00
TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS	\$*****95,200.00

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <https://facturaseguros.transfiriendo.com/FacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portallogin>, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación. Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020. Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016. Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

03/04/2024 09:46:30

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS				
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
				1831	1	BUSSY ENRIQUE LOBO MAR		

**HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1010198 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

1

CLASE: CLASE UNO(1) - SIN CIRUGÍA

OBJETO

Amparar los perjuicios patrimoniales que cause el Asegurado con motivo de la responsabilidad profesional en que incurra de acuerdo con la Ley Colombiana, en el ejercicio de la especialidad médica declarada en la solicitud de aseguramiento, por actos médicos, realizados durante la vigencia de la póliza o con posterioridad a la fecha de retroactividad pactada, siempre que dicha responsabilidad sea reclamada por primera vez durante la vigencia de esta póliza o dentro del periodo extendido de reclamaciones en caso de que el mismo fuere adquirido.

CONDICIONES GENERALES

Textos según clausulado La Previsora S.A forma RCP004 VERSIÓN 009-D00I que se adjunta.

MODALIDAD DE COBERTURA

La póliza opera bajo la modalidad de delimitación temporal de cobertura denominado "por reclamación", con arreglo a lo consignado en el artículo 4 de la ley 389 de 1997.

RETROACTIVIDAD

Inicio de vigencia de la primera póliza expedida por Previsora Seguros sin que existan periodos de interrupción.

LÍMITE TERRITORIAL

República de Colombia

LEY Y JURISDICCIÓN

República de Colombia

LIMITE ASEGURADO \$50.000.000 por evento y por vigencia combinado para todos los amparos.

* Los sublímites y coberturas ofrecidas hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.

* En aquellos amparos donde no se establezca sublímite, se entienden otorgados al 100% del límite asegurado

AMPAROS

1. **RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA:** Bajo este amparo se cubre la responsabilidad civil profesional médica de acuerdo con el numeral 1.1. de la cláusula primera del condicionado general. Extendiendo cobertura a la responsabilidad civil causada por la posesión, el uso y la aplicación a pacientes de:

- a. Equipos de radiografía con fines de diagnósticos
- b. Equipos de rayos x para terapéutica
- c. Equipos de tomografía por ordenador (scanner)
- d. Equipos de radiación por isotopos para terapéutica
- e. Equipos de generación de rayos laser
- f. Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radiactivas necesarias, siempre y cuando dichos equipos y materias no se hallen sujetos a un seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños nucleares previstos por la ley.

Lo anterior, siempre y cuando dichos aparatos y tratamientos se encuentren reconocidos por la ciencia médica y se haya efectuado el correspondiente acuerdo expreso para incluirlos.

1.1. Perjuicios patrimoniales, Incluye daño emergente y lucro cesante, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal, cubierto por la póliza.

1.2. Perjuicios extrapatrimoniales, Incluye perjuicio moral, fisiológico y daños a la vida de relación siempre que se deriven de un daño material y/o lesión corporal cubierto por la presente póliza; sublimitado al 100% respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.

1.3. Gastos médicos de emergencia, Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta cinco (5) días calendarios siguientes al accidente; sublimitado a 5% respecto del valor asegurado por evento y 10% respecto del valor asegurado por vigencia. Para esta cobertura se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado.

Texto Continua en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1010198 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

1

1.4. Costos y gastos de defensa, en adición a lo indicado en el numeral 1.1.3. del condicionado general, este amparo se sublimita a 10% respecto del valor asegurado por evento y 20% respecto del valor asegurado por vigencia, aplicando las tarifas de colegios de abogados de la respectiva ciudad.

1.5. Costos de cauciones, Según alcance establecido en las condiciones generales, sublimitado a 10% respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.

1.6 Por medio del presente texto se da alcance a la exclusión No. 24. del condicionado general para aclarar que bajo la presente póliza se amparan toda cirugía cosmética (cirugía plástica practicada por razones claramente diferentes de la corrección de anomalías congénitas o desfiguración como resultado de un accidente); se otorga cobertura a profesionales auxiliares de cirugías cosméticas (excluyendo al cirujano plástico y/o estético que realiza la cirugía). La cobertura se extiende al daño adicional que se pueda generar en la cirugía y no al resultado o insatisfacción de la misma.

2. RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL: Bajo este amparo se cubre la responsabilidad civil general de acuerdo con el numeral 1.2. de la cláusula primera del condicionado general. Así mismo se cubre la responsabilidad civil del asegurado, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad medica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales. Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.

2.1. Gastos médicos de emergencia, Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta cinco (5) días calendarios siguientes al accidente; sublimitado a 5 % respecto del valor asegurado por evento y 10% respecto del valor asegurado por vigencia. Para esta cobertura se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado.

2.2. Costos y gastos de defensa, en adición a lo indicado en el numeral 1.3. del condicionado general, este amparo se sublimita a 10% respecto del valor asegurado por evento y 20 % respecto del valor asegurado por vigencia, aplicando las tarifas de colegios de abogados de la respectiva ciudad.

2.3. Costos de cauciones, Según alcance establecido en las condiciones generales, sublimitado a 10 % respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.

2.4. Perjuicios patrimoniales, Incluye daño emergente y lucro cesante, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal, cubierto por la póliza.

2.5. Perjuicios extrapatrimoniales, Incluye perjuicio moral, fisiológico y daños a la vida de relación siempre que se deriven de un daño material y/o lesión corporal cubierto por la presente póliza.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación expresa en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:

1. Ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación, al igual que los perjuicios patrimoniales como consecuencia de la prestación de estos servicios.
2. Reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA / VIH y/o Hepatitis cualquiera que fuere su causa u origen.
3. Responsabilidad civil por fallas en el suministro de servicios públicos
4. Reclamaciones propias de otra clase de seguros
5. Enfermedades profesionales
6. Incumplimiento de cualquier norma legal y de operación que regulan la materia.
7. Daños genéticos a personas o animales.
8. Reclamaciones originadas por terremoto, erupción volcánica (actos de la naturaleza) y en general todos los eventos que escapen del control del asegurado.

DEDUCIBLES APLICABLES

1. Gastos médicos de emergencia: sin deducible
Texto Continúa en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1010198 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

1

2. Costos y gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV

OTRAS CONDICIONES:

1. **CLÁUSULA DE REVOCACIÓN UNILATERAL DE LA PÓLIZA POR PARTE DE LA ASEGURADORA - AMPLIACIÓN DEL PLAZO A 30 DÍAS HÁBILES:** Modifica parcialmente la Cláusula Décima Primera de las Condiciones Generales de la Póliza en cuanto al plazo allí previsto. En consecuencia, este seguro podrá ser revocado unilateralmente por PREVISORA, mediante noticia escrita al asegurado enviada a su última dirección conocida con no menos de 30 días hábiles de antelación contados a partir de la fecha del envío.
2. **CLÁUSULA DE NO RESTABLECIMIENTO DE SUMA ASEGURADA:** Queda entendido que la suma asegurada se reduce desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por la compañía, y la misma no se entiende restablecida en ningún momento.
3. **CLÁUSULA DE NO AMPARO AUTOMÁTICO DE NUEVOS PREDIOS Y OPERACIONES:** Queda entendido que para la inclusión de nuevos predios y/u operaciones, el asegurado deberá solicitarla por escrito a la Previsora, la cual una vez efectúe el respectivo análisis determinará si da lugar o no a la aceptación del nuevo riesgo u operación y al cobro de prima adicional.



CERTIFICADO

**ABEJORRAL,
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quién interese**

03/07/2023

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LAURA RAQUEL MELENDEZ SALAZAR** con **Cédula de Ciudadanía** número **22739758**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	029700044810
Fecha de apertura	13/06/2017

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 22739758 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 25/02/2025 05:24 PM



Código Verificación: **C47HFJ8ATV**

Válida hasta: **28/05/2025**

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**